

Violência Sexual como Questão de Saúde Pública: importância da busca ao agressor¹

Sexual Violence as a Public Health Issue: the importance of searching for the aggressor¹

Maria Angela Mirim da Rosa e Campos

Mestre em Saúde Pública. Enfermeira do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - CHS. Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Docente do Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Endereço: Rua Júlio Augusto Pasquoto, 77, CEP 18047-598, Sorocaba, SP, Brasil.

E-mail: angelamirim@hotmail.com

Néia Schor

Professora Titular do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: neschor@usp.br

¹ Parte da Dissertação de Mestrado defendida na Faculdade de Saúde Pública da USP, área de concentração Saúde Materno-Infantil, em 2006.

Resumo

Apesar de predominar junto à população a idéia de que a violência sexual é praticada por pessoas desconhecidas, na realidade a maioria desses crimes é praticada por pessoa identificável pela vítima. Além de consequências físicas e psicológicas, também há risco em adquirir o vírus HIV. Para prevenção deste, em situação de risco, há orientação para uso da quimioprofilaxia anti-retroviral. Esse uso, por 28 dias, pode trazer efeitos adversos com intensidades variáveis. O conhecimento da sorologia anti-HIV do agressor torna-se fundamental para manter, ou suspender, com segurança, essa indicação. Este estudo descritivo, realizado no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, teve como objetivo identificar os agressores e suas respectivas sorologias. Foi realizado a partir de fichas de notificação e os prontuários no período de julho de 2003 a dezembro de 2005. Encontraram-se 920 vítimas de violência sexual, com idades entre oito meses e 77 anos, havendo predomínio do sexo feminino (86,5%). Dentre os agressores, 76% foram referidos como identificáveis. Indicou-se profilaxia anti-retroviral para 24,9% das vítimas. Para 80 (33,2%) agressores localizados, a busca foi realizada através de contato telefônico. Encontrou-se 52,5% em seus domicílios, 45% em Presídio/Delegacia e 2,5% no Pronto Socorro. Um agressor (1,3%) apresentou sorologia positiva para HIV. As buscas encerraram-se, em sua maioria, em até seis dias (80%), possibilitando a suspensão da quimioprofilaxia em 30,6% dos casos. Concluiu-se que a busca ao denunciado permitiu conhecer sua sorologia anti-HIV e suspender, para um terço das vítimas, o uso da quimioprofilaxia anti-retroviral, diminuindo, com isso, a possibilidade de efeitos adversos.

Palavras-chave: Violência sexual; Agressor sexual; Profilaxia anti-HIV pós-violência sexual.

Abstract

Although people believe that sexual violence is practiced by unknown people, most crimes are actually practiced by someone close to the victim. Besides physical and psychological consequences, there is the risk of acquiring the HIV virus. To prevent the latter, in risky situations, the advice is to use antiretroviral chemoprophylaxis during 28 days. This therapy may bring adverse effects. Knowing the aggressor's anti-HIV serology is vital to safely maintain or suspend the therapy indication. This descriptive study, carried out at Conjunto Hospitalar de Sorocaba, aimed to identify the aggressors and their serology. The study was conducted after analyzing notification index cards and charts from July 2003 to December 2005, in 30 months of active search. The researchers found 920 sexual violence victims, with ages ranging from 8 months to 77 years, most of them female (86.5%). Concerning the aggressors, 76% were referred to as identifiable. Antiretroviral prophylaxis was advised to 24.9% of the victims. For 80 (33.2%) aggressors who were found, the search was carried out through telephone calls. Regarding the places where the aggressors were located, 52.5% were found at home, 45% in a prison/police station and 2.5% in the Emergency Room. One aggressor (1.3%) presented positive HIV serology. Most searches were concluded within 6 days (80%), allowing the suspension of chemoprophylaxis in 30.6% of the cases. It was concluded that after finding the aggressors and learning about their anti-HIV serology, the use of antiretroviral chemoprophylaxis could be safely suspended in one third of the victims, therefore reducing the chances of adverse effects.

Keywords: Sexual Violence; Sexual Aggressor; Anti-HIV Prophylaxis After Sexual Violence.

Introdução

No Brasil, não há dados precisos a respeito de crimes sexuais. Estima-se que os registros das delegacias correspondam a cerca de 10 a 20% dos casos que realmente acontecem (Drezett e col., 1999; Saffioti e Almeida, 1995). Apesar de o imaginário coletivo considerar que agressores sexuais são pessoas desconhecidas, esse tipo de crime é praticado, em sua maioria, por pessoas identificáveis pela vítima. Estudos sobre o tema indicam que a maior parte dessa violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado (Brasil, 2002), atribuindo-se a condição de sub-notificação como possível causa para a ausência de dados (Reis, 2001; Drezett, 2000b; Saffioti, 1997).

Mitos socialmente reconhecidos mostram, segundo Saffioti e Almeida (1995), que a imagem de esturpador corresponde ao homem pobre e, de preferência, negro. Contudo, Reis (2001) apresenta que ofensores com cor de pele branca predominam na categoria dos conhecidos. Esse mesmo autor desmistifica também o tradicional estereótipo do ofensor - pessoa idosa e devassa -, quando constata que o maior número de casos, em seu estudo, envolve ofensores na faixa etária entre 20 e 24 anos, seguidos daqueles entre 25 e 39 anos.

Essa situação é apresentada por Drezett (2002a) ao verificar que, entre crianças, relatos incidem em sua maioria sobre membros da família ou outros parentes. Envolvendo adolescentes, denúncias apontam o morador de vizinhança. A esse respeito, Gobbetti e Cohen (2002), em abordagem à criança, descrevem que, em geral, as preocupações tendem a estar voltadas para contatos externos ao grupo familiar, havendo, muitas vezes, uma falta de atenção ao ambiente privado.

A constatação desse tipo de violência para reclusão do agressor nem sempre é possível. A evidência de traumas físicos, em exames periciais, foi observada em apenas 10% dos casos de estupro (Brasil, 2002) e pesquisa realizada por Reis (2001) constatou que somente 22% dos casos foram confirmados pela perícia forense.

Entre as conseqüências que esse tipo de violência acarreta em suas vítimas estão, além da possibilidade de enfrentamentos psicológicos e da gravidez, a de adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs, incluindo-se a contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência.

ciência Humana - HIV. Apesar de a contaminação pelo HIV representar a principal preocupação para cerca de 70% das vítimas de violência sexual (Brasil, 2002), o risco para essa contaminação depende, também, de outros fatores, como tipo de violência, idade da vítima, presença de DST ou úlcera genital prévia, número de agressores e traumatismos genitais (Brasil, 2005). Em decorrência desses fatores, à vítima cuja exposição sexual foi considerada risco para a infecção pelo HIV, o serviço de Referência recomenda o uso da quimioprofilaxia anti-retroviral, sendo esse protocolo estabelecido por orientação do Ministério da Saúde.

Na literatura nacional há escassez de estudos a respeito da efetividade do uso dos anti-retrovirais, enquanto preventivo do HIV para situações de violência sexual. Entretanto, estudo conduzido no Estado de São Paulo, em oito centros de atenção à mulher vítima de violência sexual, mostrou que, das pessoas que tomaram anti-retroviral, nenhuma apresentou soroconversão após seis meses de seguimento (Brasil, 2002).

Apesar de essa indicação ser frequentemente contestada por alguns autores, no Estado de São Paulo a vigência da Lei n°. 10.920, de 11 de outubro de 2001, determina a obrigatoriedade de as Delegacias de Polícia e de Defesa da Mulher informarem, no ato do registro de ocorrência delituosa, o direito ao tratamento preventivo contra a contaminação pelo vírus HIV, fornecido gratuitamente pelo Estado (São Paulo, 2001). A eficácia dessa prevenção depende do início precoce de sua introdução, da rigorosidade de sua administração e do tempo adequado de sua utilização (Drezett e col., 1999), sendo que a mesma não deve ser iniciada após o prazo de 72 horas decorridas da violência (Brasil, 2005). Essa medicação deve ser utilizada pelo período de 28 dias consecutivos. Quanto ao risco de adquirir HIV em relações mantidas por meio da violência, Drezett e colaboradores (1999) e Ministério da Saúde apontam uma prevalência de 0,8 a 2,7% para o HIV, sendo que esse risco se eleva significativamente se a mulher apresentar traumas ou úlceras que rompem a integridade da mucosa genital.

Para Weisberg, citado por Minayo e Souza (1997-1998), enquanto, no âmbito da polícia e da justiça as ações incidem sobre a vítima e o agressor, sendo o principal foco a responsabilização deste último, as ações da área de saúde buscam o bem-estar, através

de sua perspectiva propositiva. Considerando-se que ações da saúde estão voltadas à prevenção de consequências, deve-se relevar que, devido ao comportamento sexual dos ofensores, nos quais se observa uma diversificada natureza e variedade de contatos, os mesmos apresentam um alto risco para DSTs, conforme cita Reis e colaboradores (2001).

A indicação da profilaxia deve ser feita mediante avaliação dos fatores de risco associados à exposição, e do tempo decorrido entre a violência e o comparecimento na Unidade de Referência de Atendimento. Quando ocorrido o uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual, não deve ser realizada a profilaxia para o HIV. Também em situações de exposição crônica e repetida ao mesmo agressor essa profilaxia não deve ser indicada. O esquema medicamentoso, adotado no Conjunto Hospitalar de Sorocaba - CHS, na época em que foi realizada a pesquisa, encontra-se relacionado no quadro a seguir:

Tempo decorrido entre a violência e o comparecimento	Profilaxia utilizada até 11/06/07
Até 72 horas	Gravidez ⁽¹⁾ DSTs ⁽²⁾ HIV ⁽³⁾
De 72 horas a 10 dias	DSTs ⁽²⁾
Acima de 10 dias	Não é efetuada

(1) Levonorgestrel 0,75 mg - 2 cp VO - dose única.

(2) Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI via IM - dose única;
Azitromicina 1g VO - dose única;
Ofloxacina 400 mg VO - dose única (ceftriaxona em crianças e gestantes);
Metronidazol 2 g VO - dose única
Vacina Hepatite B e Imunoglobulina Hepatite B;

(3) Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg 1 cp VO - 12/12h durante 28 dias
Nelfinavir 250 mg 5 cp VO - 12/12h durante 28 dias (crianças: Ritonavir).

** As doses para crianças são ajustadas de acordo com o peso.

Em doze de junho de 2007, a indicação de Nelfinavir foi suspensa em todo território nacional em razão de análises químicas demonstrarem a presença de uma impureza no princípio ativo, chamada ácido etil éster metanosulfônico (Brasil, 2007). A partir dessa data, estabeleceu-se o uso de Lopinavir/Ritonavir em substituição ao Nelfinavir. A quimioprofilaxia anti-retroviral pode causar toxicidade medicamentosa com alterações variáveis, como efeitos gastrointestinais, cefaléia e fadiga. Além da intolerância medicamentosa, alterações laboratoriais em hemograma e transaminases podem ser observadas, ainda que transitórias. Nesse período, pode ser necessária, ainda, a utiliza-

ção de medicações sintomáticas (Brasil, 2005). Frente a esses efeitos adversos, o Ministério da Saúde, através de sua Norma Técnica, orienta que a realização do teste anti-HIV no agressor deve ser feita, sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia, com o objetivo de suspender a medicação anti-retroviral, caso o resultado seja negativo.

Na Instituição campo de pesquisa, a busca ao agressor é feita por enfermeiras do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia. Nos casos em que o acusado encontra-se detido na Delegacia ou em Casa de Detenção Provisória (anteriormente designada presídio), é solicitada autorização ao responsável pela Unidade e a coleta de amostra sanguínea do denunciado somente é feita se houver consentimento, livre e esclarecido, assinado pelo mesmo para o procedimento. Já para situações em que o acusado encontra-se em seu domicílio, o contato é feito via telefone ou carta, convidando-o a comparecer no CHS ou na Vigilância Epidemiológica do município para coleta de sorologia. Do mesmo modo, há orientação prévia para esclarecimento de que não existe obrigatoriedade nesse procedimento, e sua autorização é feita mediante assinatura de um termo de consentimento. Esclarece-se, ainda, que o procedimento não está vinculado à investigação policial ou demanda judicial, mas que tem seu foco voltado em ações específicas de saúde.

Assim, a vigilância à saúde das pessoas expostas à violência sexual demanda conhecimento, o mais rápido possível, da sorologia do agressor às diversas DSTs, principalmente ao HIV. Esse conhecimento torna-se fundamental para suspender, com segurança, a quimioprofilaxia na vítima, no caso de sorologia negativa do agressor.

Procedimentos Metodológicos

Este artigo caracteriza, em abordagem quantitativa, o perfil sócio-demográfico-epidemiológico da população atendida no Núcleo de Atendimento Imediato à Vítima de Violência Sexual do Conjunto Hospitalar de Sorocaba - CHS, hospital público, estadual, localizado na cidade de Sorocaba - SP, onde os atendimentos são feitos através de um convênio entre a Secretaria de Estado de São Paulo e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Foram analisadas todas as fichas de atendimentos efetuados entre os meses de julho de

2003 a dezembro de 2005. Trata-se de estudo descritivo, realizado mediante pesquisa documental, a partir de fichas epidemiológicas de notificação de atendimento de vítimas de violência e de seus respectivos prontuários. Descreve o grau de relacionamento entre a vítima e a pessoa citada como autor da violência sexual; o tipo de exposição ocorrida; a indicação de uso da quimioprofilaxia pela vítima, a localização do autor da violência e o tempo decorrido entre a denúncia e a realização da sorologia anti-HIV no acusado da violência. A seguir, identifica a proporção de interrupções do uso da quimioprofilaxia, possível após o conhecimento da sorologia anti-HIV do agressor.

Com relação à idade, considerou-se a idade da pessoa em anos completos. Para a categoria **criança** foi estabelecida a idade inferior a 12 anos, preconizada no Estatuto da Criança e do Adolescente, em vigor no Brasil a partir de 1990. A categoria **adolescente** também seguiu critério estabelecido pelo mesmo Estatuto, sendo consideradas as pessoas entre 12 a 18 anos. Pessoas com idade acima de 18 anos foram incluídas na categoria **adulto** e, na categoria **idoso**, pessoas com 60 anos ou mais. Quanto ao tempo decorrido entre a violência e o comparecimento ao Serviço de Saúde, consideraram-se os períodos: menor que 72 horas, de 72 horas a 10 dias e o período acima de 10 dias, em razão de estarem relacionados com a possibilidade de condutas profiláticas medicamentosas.

Quanto ao tipo de exposição ocorrida, incluiu-se a categoria “toques”, visto ser esta uma forma referida na literatura (Reis, 2001) como a mais freqüente na agressão contra crianças. Considerou-se “relação múltipla” aquela em que houve intercurso com duas ou mais formas de investidas. Como “outro ato libidinoso” considerou-se a exposição em que não ocorreu penetração, caracterizando-se por fricções do órgão genital do agressor sobre o corpo da vítima, também considerado para presença de sucção e/ou ejaculação sobre o corpo da vítima. A categoria “sob investigação” foi utilizada nos casos em que a criança foi trazida, em razão de denúncia anônima ou de parentes ao Conselho Tutelar, por suspeita desse tipo de violência.

Sobre a relação entre a vítima e a pessoa acusada da agressão, em razão da freqüente confusão que permeia o termo “conhecido”, optou-se pela utilização do termo “identificável”, uma vez que a vítima poderia entender que conhecida é somente a pessoa com quem

ela conversa ou tem um relacionamento. Considerou-se agressor não identificável aquele que a vítima relatou jamais tê-lo visto em sua vida. Referente ao relacionamento com o agressor, incluiu-se na categoria “amigo/conhecido” a pessoa que a vítima identificou como colega, conhecido de festa, somente conhecido e “ficante”.

Elaborou-se um instrumento de coleta de dados e utilizou-se o programa EPI-INFO 2000, onde as informações foram inseridas para a devida análise.

Resultados

No total foram analisadas 937 fichas de notificação “Atendimento Imediato à Vítima de Violência Sexual”. Destas, dezessete não se referiam à violência sexual e, por se tratarem exclusivamente de violência física, foram descartadas deste estudo. Assim, a amostra final constituiu-se de 920 notificações, sendo 796 (86,5%) do sexo feminino e 124 (13,5%) do sexo masculino. Verificou-se distribuição de idades entre oito meses e 77 anos, estando a média e a moda situadas em 14 anos, com desvio padrão 10,4 anos. A mediana situou-se em 13 anos, e os valores percentil 25% e percentil 75% foram sete anos e 17 anos, respectivamente. Os valores mínimo e máximo encontrados foram, respectivamente, para o sexo feminino: oito meses e 77 anos e, para o sexo masculino: um ano e 32 anos.

Quanto às faixas etárias, houve predominância de atendimento para crianças (42%) e para adolescentes (36%). Considerando-se separadamente, por sexo, encontrou-se, para o sexo feminino, maior frequência entre adolescentes (40%) e, para o sexo masculino, maior frequência entre crianças (79%), conforme apresentado na tabela 1. Entre as 319 adolescentes do sexo feminino, 49 (15,4%) informaram não se considerarem vítimas, uma vez que a relação sexual havia ocorrido mediante o consentimento delas. Todas elas relataram terem sido obrigadas a se submeterem ao exame de corpo e delito, após seus responsáveis legais, por não aceitarem o relacionamento com seus namorados, terem registrado o Boletim de Ocorrências. Dessas adolescentes, 50% situavam-se nas idades entre 13 e 14 anos.

Referente ao tipo de exposição ocorrida/informada, para o sexo feminino a exposição vaginal foi a mais referida (40%), seguida de manipulação e toques (17,3%) e outro ato libidinoso (15,2%). Para o sexo masculino, o intercurso anal foi o mais informado (35,5%),

Tabela 1 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo e faixa etária. CHS, julho/2003 - dezembro/2005.

Faixa etária*	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
0 a 11 anos	286	74,5	98	25,5	384	100,0
		35,9		79,0		41,7
12 a 18 anos	319	94,9	17	5,1	336	100,0
		40,1		13,7		36,5
19 a 59 anos	188	95,0	9	5,0	197	100
		23,6		7,3		21,4
60 anos ou mais	3	100,0	-	-	3	100,0
		0,4		-		0,3
Total	796	86,5	124	13,5	920	100,0
		100,0		100,0		100,0

* Em anos completos.

seguido de outro ato libidinoso (25,8%). Considerando-se ambos os sexos, para a categoria criança houve maior frequência de intercurso manipulação e toques (30,2%). Para as categorias adolescente e adulto, as maiores frequências foram para intercurso vaginal, 54,2% e 54,8%, respectivamente. Para a categoria idoso, observada em três violências, encontrou-se distribuição única em tipo de relação vaginal múltipla e outro ato libidinoso.

Sobre a identificação do agressor, verificou-se que 700 deles (76%) foram informados como identificáveis pelas vítimas (tabela 2). Entre estes, em maior proporção, a categoria amigo/conhecido (19,2%) foi seguida da de padrasto (12,4%), pai (11,7%), vizinho (11,4%) e tio (8,3%). Apresentaram significância estatística de 95%, na análise do Intervalo de Confiança, os agressores informados como: amigo/conhecido [16,4 - 22,3]; padrasto [10,1 - 15,1]; pai [9,9 - 14,4]; vizinho [9,2 - 14,1]; outro [6,8 - 11,1]; tio [6,5 - 10,7]; namorado [4,6 - 8,3]; primo [2,6 - 5,6]; avô [1,9 - 4,6]; ex-cônjuge/companheiro [1,3 - 3,7]; cônjuge/companheiro [1,2 - 3,6]. Os agressores informados como patrão/chefe e bisavô não apresentaram significância estatística na interpretação do intervalo de confiança.

Para 62 agressores (8,8%) identificados como “outro”, encontrou-se maior proporção para a categoria “padrinho” (17,5%), “namorado da mãe” (9,5%) e “namorado

Tabela 2 - Número e proporção (%) de vítimas de violência sexual, segundo sexo da vítima e identificação do agressor. CHS, julho/2003 - dezembro/2005.

Agressor	Sexo da Vítima				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Identificável	590	84,3	110	15,7	700	100,0
		74,1		88,7		76,1
Não identificável	170	97,1	5	2,9	175	100,0
		21,4		4,0		19,0
Sob investigação	33	78,6	9	21,4	42	100,0
		4,1		7,3		4,6
Sem informação	3	100,0	-	-	3	100,0
		0,4		-		0,3
Total	796	86,5	124	13,5	920	100,0
		100,0		100,0		100,0

p = 0,001

da avó” (6,3%). Autores de violência informados como “outro presidiário”, apesar de não apresentarem significância estatística, apareceram citados por vítimas do sexo masculino. Neste estudo, encontrou-se predomínio total de agressores do sexo masculino (99,6%), independentemente do sexo da pessoa agredida.

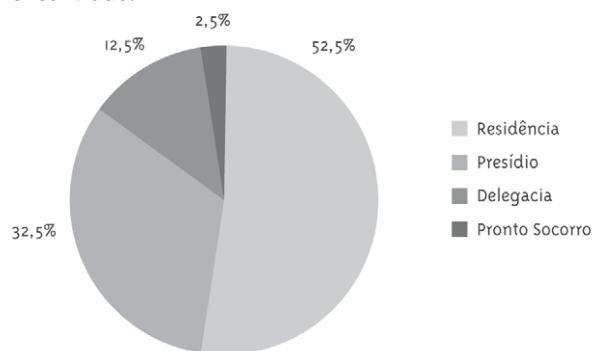
Quanto ao tempo decorrido entre a violência e o comparecimento à Instituição de Saúde, constatou-se que 47% dos atendimentos ocorreram em período inferior a 72 horas. Ao se observar esse tempo, segundo faixa etária, verifica-se que, entre crianças, a maior frequência de comparecimentos ocorreu em períodos maiores que 10 dias. Para adolescentes, a proporção de comparecimentos nos períodos até 72 horas e maior que 10 dias foram semelhantes. Entre adultos, houve predomínio de comparecimento em período inferior a 72 horas.

Referente à indicação do uso de medicamentos anti-retrovirais, encontrou-se a predominância de não indicação dessa profilaxia (74,9%). Nos casos em que houve esta indicação, verificou-se maior frequência nas idades entre 19 a 59 anos (52%). Encontrou-se, ainda, a recusa para esse tipo de prevenção por duas pessoas (0,2%), ambas adultas, do sexo feminino. Do total de pessoas atendidas, 229 (24,9%) iniciaram o uso da profilaxia anti-retroviral.

Entre 241 atendimentos considerados como situação de risco em adquirir o vírus HIV, e tendo sido in-

formado “agressor identificável” ou “agressor detido”, foram localizados 80 agressores (33,2%). O contato com os mesmos, para esclarecimento da razão pela qual se solicitava coleta de amostra sanguínea, foi feito via telefone. A maior proporção de agressores foi localizada em seus domicílios (52,5%), conforme apresentado na figura 1. Dois agressores, referidos em “outro local”, encontravam-se no Pronto Socorro, em razão de espancamentos promovidos por vizinhos.

Figura 1 - Distribuição do local onde o agressor foi encontrado.



Sobre o tempo decorrido entre o comparecimento da vítima à Unidade de Saúde e o conhecimento do resultado do teste rápido anti-HIV do agressor, a figura 2 mostra que 65% ocorreram no prazo de até três dias. Verificou-se que 80% das buscas e conhecimento da situação sorológica do agressor foram encerradas no prazo de até uma semana após o comparecimento da vítima na Unidade de Referência. Entre os 80 agressores localizados, encontrou-se um deles com sorologia positiva para o vírus HIV, o que não possibilitou a suspensão do uso da profilaxia anti-retroviral pela vítima. Para essas situações, em que foram possíveis a busca e a localização do agressor, a suspensão da medicação anti-retroviral foi efetuada para 70 pessoas (87,5%), conforme mostra a figura 3. Para nove vítimas não houve a suspensão do uso dos medicamentos, em razão de a localização e o conhecimento da sorologia do agressor ter-se encerrado em período maior que trinta dias. Desse modo, observou-se que, de 229 indicações para uso da quimioprofilaxia anti-retroviral, em 70 situações (30,6%) pôde-se suspender o seu uso com segurança, através da localização do agressor e do conhecimento de sua situação sorológica para o vírus anti-HIV (figura 4).

Figura 2 - Distribuição do tempo decorrido entre o comparecimento da vítima na Unidade de Saúde e o conhecimento da sorologia do agressor

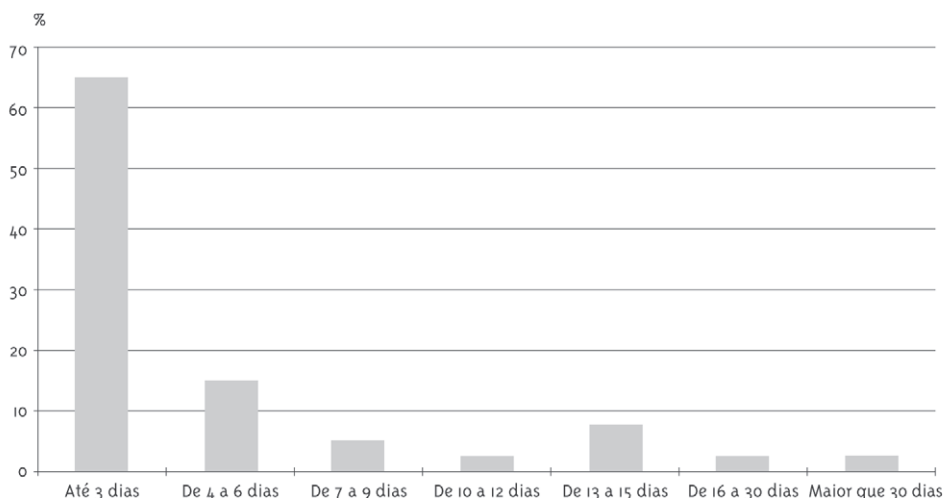


Figura 3 - Cancelamento do uso de anti-retroviral após o conhecimento da sorologia do agressor localizado

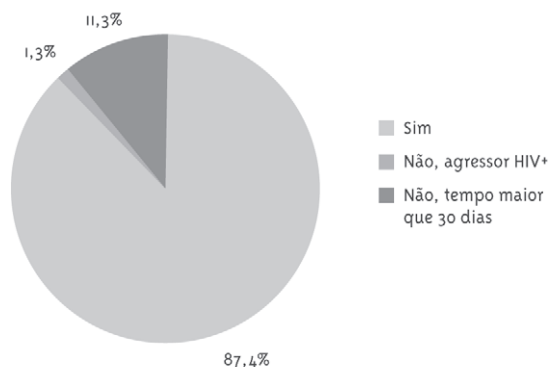
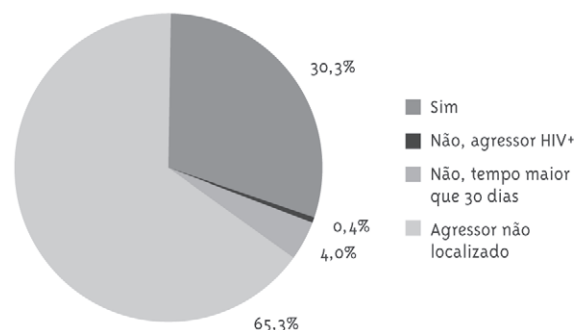


Figura 4 - Cancelamento do uso de anti-retroviral, segundo a localização do agressor



Discussão

Episódios violentos, em suas diferentes formas, refletem fatores de risco diferentes para os sexos, entretanto, no que se refere à violência sexual, depara-se com a questão de gênero presente, expressando-se no aumento de risco para a população feminina. Neste estudo, verificou-se predomínio de vítimas do sexo feminino em relação às do sexo masculino, proporção semelhante àquelas reportadas em diversos estudos sobre o tema (Campos e col., 1994; Diegoli e col., 1996; Limbe e col., 2002; Reis, 2001). Diferentemente da violência, de um modo geral, que atinge, em sua maioria, a população do sexo masculino (Krug e col., 2002; Conse-

lho Regional de Medicina, 1998), a violência sexual acomete, principalmente, a população do sexo feminino.

Com relação à faixa etária, encontrou-se predominância de atendimento para idades abaixo de 18 anos (78%), similarmente às relatadas na literatura, o que expressa maior vulnerabilidade desse grupo a crimes sexuais (Diégoli e col., 1996; Reis e col., 2001). Assim, verifica-se que, no período analisado, esse tipo de violência, apesar de ocorrer em ambos os sexos, apresenta maior proporção em pessoas do sexo feminino, atingindo, principalmente, adolescentes e pré-púberes.

Pesquisa realizada por Reis e colaboradores (2001), em estudo com vítimas nas idades entre três meses a

58 anos, relaciona crianças e adolescentes como mais vulneráveis. Para Saffioti (1997), a preferência por crianças aponta para o abuso sexual enquanto afirmação de poder, e não apenas como resultado de uma pulsão sexual irreprimível.

A vulnerabilidade de crianças faz-se presente neste estudo, ao se encontrar notificação de duas crianças, estando uma com oito meses de idade e a outra com um ano. Para a primeira, a violência foi praticada pelo tio, através da introdução de dedo na vagina, causando laceração vaginal e anal; e, para a segunda, com um ano e sete meses, o pai provocou laceração de hímen, igualmente por introdução de dedo na vagina. Do mesmo modo, outra criança de 10 anos foi trazida com laceração de hímen e fissuras anais, causadas pelo pai, que foi referido como alcoólatra. Encontrou-se na categoria crianças maior frequência no intercurso “manipulação/toques” (30,2%). Proporção semelhante também é relatada por Drezett (2002b), ao referir, em sua pesquisa, que, entre crianças, o tipo de crime sexual de maior incidência (46,5%) correspondeu ao atentado violento ao pudor - AVP, destacando-se carícias eróticas e masturbação da criança ou do agressor.

Esta pesquisa revela, ainda, a ocorrência da violência sexual contra o idoso, sendo encontradas três notificações referentes a essa faixa etária.

Sobre as adolescentes, que referiram terem consentido o relacionamento sexual e que seu responsável legal havia registrado o Boletim Policial sobre essa ocorrência, o Código Penal Brasileiro, em seu artigo 217, considera crime de sedução a prática da conjunção carnal com mulher virgem, com idade entre 14 e 18 anos. Já para adolescentes abaixo de 14 anos, o Código Penal, em seu artigo 224, estabelece a presunção da violência, por considerá-las incapazes de consentimento, ou de consentimento válido (Oliveira, 1992). A esse respeito, Hungria (1959) interpreta que “*o consentimento pode existir, embora não seja juridicamente válido*” (p. 235). Relacionado a esse fato, verificou-se o atendimento de uma jovem, com 13 anos de idade, que compareceu com escoriações em região frontal e hematomas em região dorsal, provocados pela agressão física perpetrada pelo pai, que não aceitou seu relacionamento consentido com o namorado. Ainda em outras três pré-adolescentes, verificou-se que o consentimento pode não estar relacionado com a prévia noção das consequências desse ato, pois as mesmas,

mediante o pagamento de R\$ 1,00 (um real), permitiam prática de atos libidinosos pelo denunciado em seus genitais. Nesse contexto, são verificadas situações diferentes de consentimento: o primeiro motivado, possivelmente, pelo afeto; e o outro motivado pela troca, com interesse financeiro, não caracterizando, entretanto, em nenhum dos casos relatados, essas jovens como trabalhadoras do sexo/prostituição, ou o que quer que se defina socialmente.

A presença do agressor “identificável” é verificada ao observar-se que, de cada quatro agressores, três eram identificáveis pelas vítimas. Esses dados nos remetem à afirmação de Vargas (1999) de que as estatísticas derrubam o mito predominante no universo simbólico geral, de acreditar que os agressores são desconhecidos da vítima. França Junior (2003) refere que, entre os autores de abuso sexual na infância, a maior proporção é representada por homens que pertencem à família, estando no ambiente familiar as maiores chances dessas ocorrências. Proporção semelhante é citada por Almeida (2004), ao apresentar que o Serviço de Atenção às Vítimas de Violência Sexual de Salvador - VIVER registrou, entre 1294 casos atendidos, nos anos de 2001 a 2003, a presença de 72% de agressores conhecidos das vítimas. Pesquisa realizada por Drezett e colaboradores (1999) aponta o agressor conhecido em 61% dos atendimentos. Para Oshikata (2003), em estudo realizado com mulheres, com idades entre 12 e 84 anos, a maior frequência foi observada para agressores desconhecidos, o que pode ser compreendido em razão de a pesquisa não ter incluído crianças em sua população de estudo.

A constatação da pequena frequência de agressores identificados como avô e/ou bisavô faz repensar a idéia de que a violência sexual, envolvendo crianças, é sempre praticada por idosos, como predomina no imaginário social. Vale destacar que, na categoria “outros”, os agressores informados como “namorado da mãe”, “namorado da avó” expressam as novas relações que se apresentam na formação da família contemporânea.

A prática da violência sexual no ambiente carcerário, ainda que referida como frequente, permanece oculta às notificações e estatísticas, aparecendo, neste estudo, em dois casos isolados de presidiários do sexo masculino. De um total de cinco mulheres identificadas como agressoras, a figura da mãe e da avó aparecem em dois casos. A figura da prima, referida

em caso único como agressora, envolvia vítima do sexo feminino, com idade de nove anos. A figura do filho, citado como autor da violência, foi verificada em dois casos. No primeiro, a mãe de 43 anos suicidou-se três dias após ter sido violentada, mediante estupro praticado pelo filho usuário de drogas. Na outra notificação, a vítima de 68 anos informava que o filho, também usuário de drogas, a violentara diversas vezes, sob a forma de estupro.

Sobre o tempo decorrido entre a violência e o comparecimento à unidade de Saúde, o fato de, entre adultos, o comparecimento ser, em sua maioria, o mais precoce possível, pode ser explicado em razão de crianças ou adolescentes poderem ter recebido ameaças de seus agressores sobre possíveis conseqüências, caso houvesse revelação do episódio. Entende-se, também, que crianças, por não terem conhecimento da sexualidade, podem interpretar gestos de abuso sexual como carinho e não comentarem sobre o ocorrido. Charam (1997) refere que poucas crianças revelam, imediatamente, o ocorrido. Nesse grupo etário, o comparecimento tardio nem sempre traria o risco de gravidez, ou mesmo de infecção pelo vírus HIV, pois, em sua maioria, as exposições são caracterizadas por situações em que não há presença de sêmen na cavidade vaginal ou anal e, sim, por ações de manipulação/toques ou outros atos libidinosos.

A profilaxia do vírus HIV depende, entre outros fatores, do tempo decorrido entre a violência e o atendimento médico. Apesar de contestações de que ainda não existem dados que estabeleçam a eficácia da administração profilática de ARV nos casos de violência sexual, Drezett (2002a) apresenta que, também, não há estudos que afastem essa possibilidade. Neste estudo, encontrou-se predomínio da não indicação dessa profilaxia, o que pode ser compreendido pelas razões expostas anteriormente, quanto à ausência de fatores para esse risco na maioria das violências em idades inferiores a 12 anos.

Enquanto em pesquisas realizadas por Garcia e colaboradores (2005) e Drezett e colaboradores (1999) todas as vítimas aceitaram iniciar a quimioprofilaxia anti-retroviral, quando esta foi indicada, neste estudo, houve dois casos de recusa ao uso da terapia anti-retroviral. A razão dessas recusas deu-se pelo fato de que uma delas, com 27 anos de idade, não conseguia ingerir os medicamentos. Essa mesma pessoa recusou os medicamentos preventivos das DSTs, entretan-

to aceitou os medicamentos preventivos da gravidez. A outra jovem, sueca, estava em temporada na cidade, tendo sido necessário oferecer todas as informações sobre o uso dos medicamentos, com auxílio de um intérprete com fluência em inglês. Não obstante os esclarecimentos, a mesma recusou o uso dos medicamentos oferecidos. Todos os programas de atendimento a vítimas de violência sexual priorizam o aconselhamento dessas pessoas antes de oferecerem os medicamentos anti-retrovirais, entretanto, Wiebe e colaboradores (2000) relatam que a violência sexual causa angústia emocional extrema, sendo que a pessoa pode ser influenciada por essas sensações, tornando-se muito difícil para a vítima tomar decisão sobre a possibilidade de iniciar profilaxia pós-exposição.

Ainda neste estudo, duas vítimas já eram portadoras do vírus HIV, razão pela qual não foi indicado o uso da profilaxia anti-retroviral. Nessas situações, apesar de não se ter obtido sucesso, encontrou-se registros de tentativas de localização desses agressores, mas, desta vez, para oferecer-lhes a quimioprofilaxia anti-retroviral, em razão de os mesmos estarem agora em situação de risco para a infecção, pela exposição ocorrida.

Considerando-se a dificuldade na adesão ao uso dos anti-retrovirais, em face de seus efeitos colaterais, a possibilidade de suspensão segura, mediante conhecimento da sorologia anti-HIV do agressor, é um fator relevante nos serviços que prestam esse atendimento (Campos e col., 2005).

A localização do agressor, com a finalidade de conhecer sua situação sorológica, é apontada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005) como ação necessária das Unidades de Referência. Neste estudo, constatou-se busca não somente aos detidos, mas também àqueles que se encontravam em seus domicílios, por meio de convite para seu comparecimento na Unidade de Saúde. Assim, visto que a maior parte deles foi localizada em seus domicílios, fica evidente a atuação da equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia em favor da dispensa, o mais precoce possível, do uso dos medicamentos anti-retrovirais entre as vítimas. Oshikata (2003) refere o índice de 17,9% de conhecimento das sorologias dos agressores, em razão de que os mesmos encontravam-se detidos. O conhecimento da positividade para o vírus HIV em um agressor remete a um monitoramento mais efetivo da sorologia na vítima. Neste estudo, não se encontrou registro de recusa

para a coleta de sorologia anti-HIV, por nenhum agressor localizado.

Neste estudo, o tempo decorrido entre o comparecimento da vítima na Unidade de Referência e a localização do agressor mostrou-se, em sua maioria, inferior a três dias. Esse fato aponta para a importância de a equipe, que atende no primeiro contato com a vítima, obter informações precisas para que essa localização tenha sucesso.

Assim, a busca ao agressor, com foco voltado ao conhecimento de sua sorologia anti-HIV, possibilitou que um terço das pessoas, para quem foi indicado o uso da profilaxia anti-retroviral, pudesse, com segurança, suspender o uso desses medicamentos. São por essas razões que profissionais da área de saúde que, de forma predominante, “atuam sob a racionalidade biomédica da intervenção” (Schraiber e D’Oliveira, 1999), necessitam estar sensibilizados para, nos atendimentos em violência sexual, conhecer o mais breve possível a sorologia anti-HIV do agressor, de modo a evitar-se o uso desnecessário da quimioprofilaxia anti-retroviral.

Referências

ALMEIDA, L. C. G. *Violência sexual e quimioprofilaxia do HIV: percepção de mulheres*. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2. ed. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2. ed. atual.e ampl. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Nota Técnica nº. 109/07, de 11 de junho de 2007. Orientação para recolhimento e substituição do Nelfinavir. Brasília, 11 jun. 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/documentos>>. Acesso: em 22 ago. 2007.

CAMPOS, J. R. et al. Violência sexual em Belo Horizonte: pesquisa no Instituto Médico-Legal. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v. 104, n. 7, p. 227-230, jul. 1994.

CAMPOS, M. A. M. R. et al. Violência sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 101-109, jan./abr. 2005.

CHARAM, I. *O estupro e o assédio sexual: como não ser a próxima vítima*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA; SINDICATOS MÉDICOS. *A epidemia da violência*. São Paulo, 1998.

DIÊGOLI, C. A. et al. Abuso sexual na infância e adolescência. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 81-85, 1996.

DREZETT, J. et al. Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimizadas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 21, n. 9, p. 539-544, out. 1999.

DREZETT, J. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. 2000. Tese - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, São Paulo, 2000a.

DREZETT, J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, n. 22, p. 9-12, nov. 2000b.

DREZETT, J. Aspectos médicos do abuso sexual contra crianças e adolescentes. In: MALLAK, L. S.; VASCONCELOS, G. O. M. (Org.). *Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar*. Carapicuíba: Fundação Orsa Criança e Vida, 2002a. p. 50-66.

DREZETT, J. Profilaxia pós-infecçiosa. In: IV CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE INFECÇÃO PELO HIV EM MULHERES E CRIANÇAS, 2002, Rio de Janeiro. *Livro de resumos...* Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002b. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/jefferson/HIV%20RIO.doc>>. Acesso em: 22 ago. 2007.

- FRANÇA JUNIOR, I. Abuso sexual na infância: compreensão a partir da epidemiologia e dos direitos humanos. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 23-38, fev. 2003.
- GARCIA, M. T. et al. Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. *Sexually Transmitted Diseases*, San Francisco, v. 32, n. 4, p. 214-219, abr. 2005.
- GOBBETTI, G. J.; COHEN, C. Saúde mental e justiça: o atendimento a famílias incestuosas. In: MALLAK, L. S.; VASCONCELOS, G. O. M. (Org.). *Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar*. Carapicuíba: Fundação Orsa Criança e Vida, 2002. p. 91-105.
- HUNGRIA, N.; LACERDA, R. C. *Comentários ao Código Penal*. 4. ed. Rio de Janeiro, Forense, 1959.
- KRUG, E. G. et al. Violence - a global public health problem. In: _____. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/entithy/violence_injury_prevention>. Acesso em 21 set. 2007
- LIMB, S.; KAWSAR, M.; FORSTER, G. E. HIV post-exposure prophylaxis after sexual assault service in London. *International Journal of STD & AIDS*, Londres, v. 13, p. 602-605, set. 2002.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 513-531, 1997-1998.
- OLIVEIRA, J. (Org.). *Organização dos textos, notas remissivas e índices*: Código Penal. 30. ed. São Paulo: Saraiva, 1992.
- OSHIKATA, C. T. *Violência sexual*: características da agressão, das mulheres agredidas e do atendimento recebido em um hospital universitário de Campinas - SP. 2003. Dissertação - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- REIS, J. N. *Violência sexual contra mulheres*: análise de dados relacionados ao estupro e atentado violento ao pudor legalmente registrados em Ribeirão Preto. 2001. Dissertação - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- REIS, J. N.; MARTIN, C. S.; BUENO, S. M. V. Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis. *DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Niterói, v. 13, n. 4, p. 40-45, 2001.
- SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- SAFFIOTI, H. I. B. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: MADEIRA, F. R. (Org.). *Quem mandou nascer mulher?* Rio de Janeiro: Record, 1997. p. 134 -211.
- SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.920/01, de 12 de outubro de 2001. Obriga as Delegacias de Polícia a informar às vítimas de crimes contra a liberdade sexual o direito de tratamento preventivo contra a contaminação pelo vírus HIV. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 12 out. 2001. v. 111, n. 194, Seção I. Disponível em: <<http://www.imprensaoficial.com.br/PortalIO>>. Acesso em: 22 ago. 2007.
- SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.291, de 7 de abril de 1999. Obriga os servidores das Delegacias de Polícia a informarem às vítimas de estupro sobre o direito de aborto legal. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 8 abr. 1999. Seção I, p. 1.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 11-27, ago. 1999.
- VARGAS, J. D. Familiares ou desconhecidos?: a relação entre os protagonistas do estupro no fluxo do Sistema de Justiça Criminal. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n.40, p. 63-82, jun. 1999.
- WIEBE, E. R. et al. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 month's experience in a sexual assault service. *Canadian Medical Association Journal*, Ontário, v. 162, n. 5, p. 641-645, mar. 2000.

Recebido em: 26/06/2007
 Reapresentado em: 27/11/2007
 Aprovado em: 10/12/2007